

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA NGƯỜI CAO TUỔI DÂN TỘC THIỂU SỐ MẮC TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐIỆN BIÊN

Nguyễn Ánh Hồng¹, Ninh Thị Nhung², Trần Ngọc Minh³,
Phạm Thị Kiều Chinh^{2,✉}

¹ Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên

² Trường Đại học Y Dược Thái Bình

³ Sở Y tế tỉnh Nam Định

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng trên người cao tuổi dân tộc thiểu số mắc tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang trên 358 người bệnh. Người bệnh được đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số nhân trắc và xét nghiệm hemoglobin.

Kết quả: Giá trị trung bình BMI (kg/m²) của nam là 23,3±3,0 và nữ là 22,7±3,2. Có 5,0% người bệnh thiếu năng lượng trường diễn. Tỷ lệ thừa cân và béo phì lần lượt là 23,5% và 22,6%. Tỷ lệ người bệnh thiếu máu là 22,1%. Người bệnh có huyết áp chưa được kiểm soát có tỷ lệ thừa cân béo phì, vòng eo cao và WHR cao là 27,9%; 34,9%; 37,2% và 68,6% trong khi ở nhóm chưa kiểm soát được tỷ lệ này là 22,1%; 18,8%; 30,1% và 57,4%.

Kết luận: Người bệnh cao tuổi tăng huyết áp thừa cân béo phì chiếm tỷ lệ cao. Cần giảm cân và giảm vòng eo ở những đối tượng này.

Từ khóa: thừa cân béo phì, tăng huyết áp, dân tộc thiểu số, người cao tuổi.

NUTRITIONAL STATUS OF ELDERLY ETHNIC MINORITY PEOPLE WITH HYPERTENSION TREATED OUTPATIENTS AT DIEN BIEN GENERAL HOSPITAL

ABSTRACT

Aims: To assess the nutritional status of ethnic minority elderly with hypertension treated as outpatients at Dien Bien Provincial General Hospital.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 358 patients. The patients were assessed for nutritional status based on anthropometric index and hemoglobin test.

Results: The average BMI (kg/m²) for men was 23.3±3.0 and for women was 22.7±3.2. 5.0% of patients had chronic energy deficiency. The rates of overweight and obesity were 23.5% and 22.6%, respectively. 22.1% of patients were anemic. Patients with uncontrolled blood pressure had rates of overweight, obesity, high waist circumference and high WHR of 27.9%; 34.9%; 37.2% and 68.6%, respectively, while in the uncontrolled group these rates were 22.1%; 18.8%; 30.1% and 57.4%.

✉ Tác giả liên hệ: Phạm Thị Kiều Chinh
Email: phamthikieuchinh@gmail.com
Doi:10.56283/1859-0381/759

Nhận bài: 6/8/2024

Chỉnh sửa: 15/8/2024

Chấp nhận đăng: 2/12/2024

Công bố online: 30/12/2024

Conclusion: The proportion of elderly patients with hypertension who are overweight and obese is high. It is necessary to lose weight and reduce waist circumference in these subjects.

Keywords: *Overweight and obesity, hypertension, ethnic minorities, elderly.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam chính thức bước vào giai đoạn bắt đầu già hóa dân số từ năm 2011 với tỷ lệ người trên 65 tuổi đạt 7%. Dự báo dân số cho thấy, số lượng người cao tuổi (NCT) sẽ đạt 17,28 triệu người (16,5%) vào năm 2029; đạt 28,61 triệu người (24,88%) vào năm 2049. Việt Nam là một trong các quốc gia có tốc độ già hóa nhanh nhất thế giới [1]. Song song với tình trạng dân số già là tình trạng tăng huyết áp (THA) ở người cao tuổi trên toàn thế giới. Tại Việt Nam, theo báo cáo năm 2015, tỷ lệ THA chung là 47,3%, chiếm đến 60% ở người trên 60 tuổi và trên 80% ở người trên 80 tuổi. THA nói chung và THA ở người cao tuổi nói riêng là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và gây ra nhiều bệnh lý nguy hiểm khác nhau [2].

Điều trị THA ở người cao tuổi thường phức tạp do các bệnh lý khác nhau liên quan đến sự lão hóa bao gồm nhiều bệnh đồng mắc, hạ huyết áp tư thế, suy giảm chức năng, nhận thức, và tình trạng suy yếu [3]. Bên cạnh đó ảnh hưởng của tình trạng dinh dưỡng đối với các bệnh lý tim mạch hiện đang là chủ đề ngày càng được quan tâm, một số thói quen ăn uống không hợp lý làm tăng nguy cơ mắc THA,

đột quỵ, tai biến mạch máu não và rất nhiều các vấn đề sức khỏe khác. THA là bệnh có thể phòng ngừa được thông qua điều chỉnh lối sống, thông qua kiểm soát các yếu tố nguy cơ, chế độ dinh dưỡng không hợp lý và ít hoạt động thể lực, cùng với việc quản lý điều trị và chăm sóc người bệnh tại bệnh viện cũng như tại cộng đồng.

Điện Biên là một tỉnh miền núi biên giới, gồm 19 dân tộc sinh sống trong đó dân tộc Thái chiếm đông nhất với 38,1%, dân tộc Mông với 35,6%. Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên mỗi tháng tiếp nhận gần 1000 người bệnh THA điều trị ngoại trú. Người bệnh đến được khám đánh giá tình trạng bệnh, cấp phát thuốc và hướng dẫn kiểm soát các yếu tố nguy cơ của bệnh. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đánh giá tình trạng dinh dưỡng trên người cao tuổi dân tộc thiểu số mắc THA. Do đó, để có cơ sở khoa học giúp nâng cao hiệu quả và chất lượng điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá tình trạng dinh dưỡng trên người cao tuổi dân tộc thiểu số mắc tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người cao tuổi dân tộc thiểu số mắc tăng huyết áp điều trị

ngoại trú từ tháng 1 năm 2024 đến tháng 4 năm 2024 tại khoa Khám bệnh - Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu trên người bệnh từ 60 đến 80 tuổi dân tộc thiểu số được chẩn đoán là THA, đang điều trị ngoại trú tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên.

2.3. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu

* *Cỡ mẫu được tính theo công thức*

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: p = 0,34 (Là tỷ lệ người bệnh cao tuổi THA có tình trạng thừa cân béo phì trong nghiên cứu của tác giả Hà

* *Phương pháp chọn mẫu:*

Chọn toàn bộ người bệnh là người dân tộc thiểu số từ 60 - 80 tuổi được chẩn đoán xác định là mắc bệnh tăng huyết áp, đến khám và điều trị ngoại trú tại khoa

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

* Phòng vấn trực tiếp người bệnh để thu thập thông tin về đặc điểm cá nhân, thông tin về bệnh.

* Thu thập chỉ số nhân trắc: cân nặng, chiều cao, vòng eo, vòng hông.

- Sử dụng cân điện tử SECA với độ chính xác 0,01 kg. Trọng lượng cơ thể được ghi theo kg với một số lẻ. Cân đối tượng vào buổi sáng, khi chưa ăn uống. Khi cân chỉ mặc quần áo gọn nhất và trừ bớt cân nặng trung bình của quần áo khi tính kết quả. Đối tượng đứng giữa bàn cân, không cử động, mắt nhìn thẳng, tay buông thõng 2 bên thân, trọng lượng phân bố đều cả 2 chân. Cân được đặt ở vị trí ổn định và bằng phẳng. Đọc kết quả, ghi số đo chính xác đến 0,1 kg.

- Đo chiều cao đứng: Đo bằng thước gỗ ba mảnh của UNICEF. Người bệnh bỏ mũ, búi tóc... đứng trên chân trần, hai gót chân áp sát vào nhau và sát vào bệ sau của thước, mắt nhìn thẳng, các mốc cằm,

Các tiêu chuẩn dùng trong nghiên cứu:

Tiêu chuẩn loại trừ: người bệnh nhập viện lần 2 trong thời gian nghiên cứu, người bệnh tăng huyết áp thứ phát, người bệnh không xác định được BMI: phù, cong vẹo cột sống.

Thị Vân Anh tại bệnh viện Lão khoa Trung ương [4]. d: Sai số mong muốn (5%). Áp dụng công thức tính n = 344. Thực tế điều tra 358 người bệnh.

Khám bệnh - Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên đáp ứng đủ tiêu chuẩn chọn mẫu để đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho đến khi đủ cỡ mẫu đã tính.

vai, hông, gót áp sát vào mặt thước đo, hai tay thả lỏng tự nhiên. Đọc số đo trên thước thẳng, ghi số đo chính xác đến 0,5cm.

- Đo vòng eo, vòng hông bằng thước dây không co giãn. Vòng eo được đo ở mức ngang rốn, tương ứng với điểm giữa của bờ dưới xương sườn cuối với bờ trên mào chậu trên đường nách giữa, tại thời điểm bệnh nhân thở ra hết. Vòng hông được đo tại vùng to nhất của hông, ở mức ngang 2 mấu chuyển xương đùi.

- Đo huyết áp: bằng máy huyết áp cơ Yamasu được sản xuất và nhập khẩu từ Nhật Bản. Quy trình đo theo Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị THA 2022 của Hội tim mạch học Việt Nam.

- Xét nghiệm hemoglobin: người bệnh được nhịn ăn trước khi làm xét nghiệm, lấy máu tĩnh mạch vào buổi sáng, mẫu máu được làm tại khoa Xét nghiệm Bệnh viện Đa khoa Điện Biên.

- Phân độ tăng huyết áp: Dựa vào phân độ THA của Hội tim mạch học Việt Nam 2022 [3].

- Chỉ số khối cơ thể (BMI - Body Mass Index): $BMI = \frac{\text{Cân nặng (kg)}}{\text{Chiều cao (m)}^2}$

Phân loại theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế - 2022: thiếu năng lượng trường diễn: < 18,5 kg/m²; Bình thường: 18,5-23 kg/m²; Thừa cân: ≥23 đến dưới 25 kg/m²; Béo phì ≥25kg/m² [5].

2.5. Xử lý số liệu

Số liệu nhập bằng EPIDATA 3.1; phân tích bằng SPSS 20.0 với các test thống kê phù hợp: T - test, test Anova, test

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự cho phép của bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên và được thông qua hội đồng đề cương thạc sĩ

- Béo bụng khi vòng eo ≥ 90cm ở nam và ≥ 80 cm ở nữ. Tỷ số vòng eo/vòng hông (WHR) được coi là cao khi giá trị này > 0,8 đối với nữ và > 0,9 đối với nam [5].

- Hemoglobin: thiếu máu khi <120g/l ở nam và <130g/l ở nữ.

- Kiểm soát được huyết áp là những người dùng thuốc THA mà đạt được HA tâm thu < 140 mmHg và HA tâm trương < 85 mmHg [3].

χ². Khoảng tin cậy 95 % được áp dụng cho toàn bộ các test. Nhận định có sự khác biệt khi giá trị p < 0,05.

trường Đại học Y Dược Thái Bình quyết định số 1648/QĐ-YDTB ngày 24/10/2023.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu thực hiện trên 358 người cao tuổi dân tộc thiểu số mắc tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên, nam giới chiếm 56,4% và nữ chiếm 43,6%. Độ tuổi từ 60-69 tuổi chiếm 57,0%; nhóm tuổi từ 70 đến 80

chiếm 43,0%. Đa số đối tượng là người dân tộc Thái với 81,0%. Tỷ lệ sống với vợ/chồng là 63,1%, có 35,8% đối tượng sống với con/cháu và chỉ có 1,1% là sống một mình.

Bảng 1. Giá trị trung bình một số chỉ số nhân trắc của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số nhân trắc	Nam (n=202)	Nữ (n=156)
Cân nặng (kg)	61,3±9,4	54,2±8,5
Chiều cao (cm)	161,9±6,2	154,4±4,4
BMI (kg/m ²)	23,3±3,0	22,7±3,2
Vòng eo (cm)	82,1±10,7	77,2±10,3
Vòng hông (cm)	92,2±4,9	90,6±5,2
Tỷ số vòng eo/vòng hông	0,89±0,08	0,85±0,09

Số liệu trong bảng được trình bày theo trung bình±độ lệch chuẩn.

Kết quả Bảng 1 cho thấy giá trị trung bình về cân nặng, chiều cao, vòng eo (cm), vòng hông và WHR của đối tượng nghiên cứu là nam giới cao hơn nữ giới.

Giá trị trung bình BMI (kg/m²) của đối tượng nghiên cứu là nam giới (23,3±3,0) cao hơn nữ giới (22,7±3,2).

Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh theo chỉ số nhân trắc và giới tính

Tình trạng dinh dưỡng	Nam (n=202)		Nữ (n=156)		Chung (n=358)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Tình trạng dinh dưỡng theo BMI							
Thiếu năng lượng trường diễn	7	3,5	11	7,1	18	5,0	> 0,05
Bình thường	95	47,0	80	51,3	175	48,9	
Thừa cân	47	23,3	37	23,7	84	23,5	
Béo phì	53	26,2	28	17,9	81	22,6	
Vòng eo	41	20,3	73	46,8	114	31,8	< 0,05
Tỷ số eo/mông cao	99	49,0	116	74,4	215	60,1	< 0,05

SL: số lượng. Giá trị p từ kiểm định χ^2

Kết quả Bảng 2 cho thấy theo phân loại BMI, có 5,0% đối tượng nghiên cứu thiếu năng lượng trường diễn, tỷ lệ đối tượng thừa cân và béo phì lần lượt là 23,5% và 22,6%. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu béo bụng và có tỷ số WHR cao lần lượt là 31,8% và 60,1%.

Bảng 3. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh theo tình trạng kiểm soát huyết áp

Tình trạng dinh dưỡng		Đã kiểm soát huyết áp (n=272)		Chưa kiểm soát huyết áp (n=86)		p
		SL	%	SL	%	
BMI	Thiếu NLTD	15	5,4	3	3,5	
	Bình thường	146	53,7	29	33,7	
	Thừa cân	60	22,1	24	27,9	< 0,05
	Béo phì	51	18,8	30	34,9	
Vòng eo	Bình thường	190	69,9	54	62,8	> 0,05
	Cao	82	30,1	32	37,2	
Tỷ số vòng eo/vòng mông	Bình thường	116	42,6	27	31,4	> 0,05
	Cao	156	57,4	59	68,6	

SL: số lượng. Giá trị p từ kiểm định χ^2

Kết quả Bảng 3 cho thấy mức độ thừa cân béo phì ở người bệnh đã kiểm soát được huyết áp là 22,1% và 18,8%; trong khi ở nhóm chưa kiểm soát được huyết áp là 27,9% và 34,9%. 30,1% và 57,4% người bệnh đã kiểm soát được huyết áp béo bụng và có tỷ số WHR cao, trong khi ở nhóm chưa kiểm soát được huyết áp tỷ lệ này là 37,2%; 68,6%.

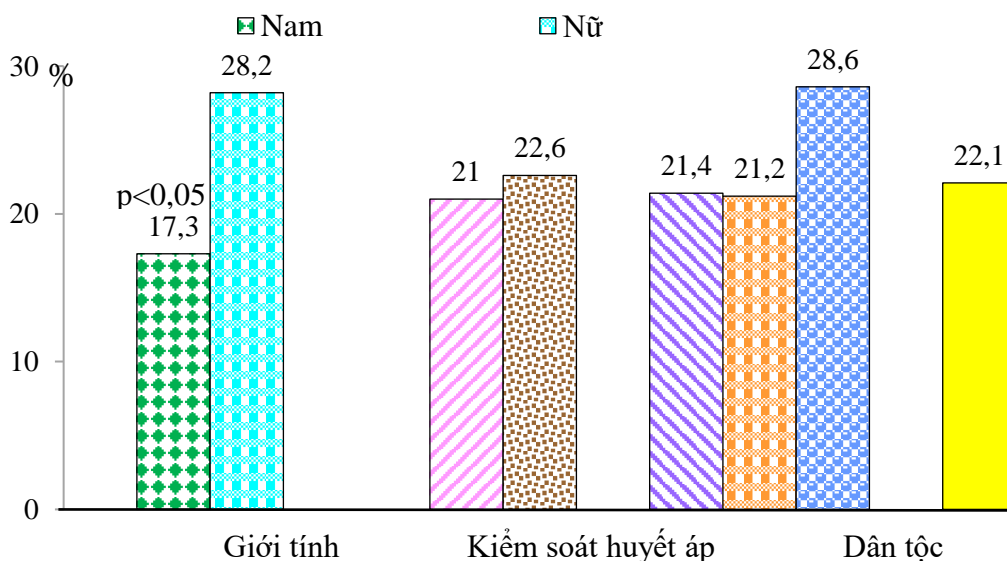
Bảng 4. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh theo dân tộc

Tình trạng dinh dưỡng	Dân tộc Thái (n=290)		Dân tộc Mông (n=33)		Dân tộc khác (n=35)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Tình trạng dinh dưỡng theo BMI							
Thiếu NLTD	14	4,8	1	3,0	3	8,6	>0,05
Bình thường	142	49,0	18	54,5	15	42,9	
Thừa cân	67	23,1	9	27,3	8	22,8	
Béo phì	67	23,1	5	15,2	9	25,7	
Vòng eo cao	90	31,0	11	33,3	13	37,1	>0,05
Tỷ số vòng eo/vòng hông cao	173	59,7	20	60,6	22	62,9	>0,05

SL: số lượng. Giá trị p từ kiểm định χ^2

Kết quả Bảng 4 cho thấy tỷ lệ thừa cân béo phì ở nhóm dân tộc Thái là 46,2%; dân tộc Mông 43,5% và dân tộc khác là 48,5%. Tỷ lệ béo bụng và WHR cao ở

nhóm dân tộc Thái là 31,0% và 59,7%; ở dân tộc Mông là 33,3%; 60,6% và dân tộc khác 37,1%; 62,9%.



Hình 1. Tỷ lệ thiếu máu chia theo giới tính, huyết áp và dân tộc

Kết quả Hình 1 cho thấy tỷ lệ thiếu máu chung là 22,1%; trong đó tỷ lệ này ở nữ là 28,2%; cao hơn so với ở người bệnh nam là 17,3%, sự khác biệt có ý nghĩa

thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ thiếu máu không có sự khác biệt theo mức kiểm soát huyết áp và theo dân tộc.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 358 người bệnh cao tuổi dân tộc thiểu số THA hiện đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên. Thừa cân, béo phì trong nghiên cứu được xác định dựa theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh béo phì của Bộ Y tế với ngưỡng BMI ≥ 23 kg/m² là thừa cân và từ 25 kg/m² là béo phì [5]. Tỷ lệ thừa cân, béo phì xác định được là 46,1%. Tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trần Lan Anh với tỷ lệ thừa cân béo phì trên người bệnh cao tuổi THA là 44,8% [6]. Cao hơn tác giả Hà Thị Vân Anh trên 529 người bệnh cao tuổi THA tại bệnh viện Lão khoa Trung ương, tỷ lệ thừa cân béo phì là 34,0% [4]; nghiên cứu của tác giả Nguyễn Trọng Hiến tỷ lệ thừa cân béo phì chiếm tới 52,7% [7]. Như vậy có thể thấy tỷ lệ thừa cân béo phì trên người bệnh THA khác nhau qua các nghiên cứu, điều này có thể do địa bàn nghiên cứu, đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và các thời điểm đánh giá khác nhau, nhưng nhìn chung tỷ lệ THA ở nhóm người bệnh thừa cân béo phì cao hơn nhóm có tình trạng dinh dưỡng bình thường và mức độ thừa cân, béo phì tăng tỷ lệ thuận với tình trạng THA.

Béo bụng có thể xem là một chỉ tiêu quan trọng để tiên lượng các vấn đề sức khỏe liên quan tới phân bố mỡ cơ thể cũng như thừa cân béo phì và THA. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ béo bụng và có tỷ số WHR cao lần lượt là 31,8% và 60,1%. Nghiên cứu của tác giả Phan Thanh Thủy trên 424 người bệnh THA cao tuổi tại Quảng Bình cho thấy tỷ lệ béo bụng là 36,3% [8]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tuấn trên người cao tuổi THA tại Bệnh viện đa khoa 115, Nghệ An cho thấy tỷ lệ béo bụng lên tới 63,6% [9]. Chỉ số béo trung tâm có mối tương quan chặt chẽ hơn với lượng mỡ nội tạng cũng như các hậu quả khác của

TCBP như đái tháo đường, các bệnh lý tim mạch. Thực tế cho thấy có những người bệnh có chỉ số BMI bình thường nhưng béo bụng và WHR cao. Vì vậy người bệnh cần được sàng lọc thêm và phối hợp các tiêu chí khác để đánh giá nguy cơ có thể dẫn đến các bệnh lý tim mạch, chuyển hóa.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thừa cân, béo phì ở người bệnh đã kiểm soát được huyết áp là 22,1% và 18,8%; trong khi ở nhóm chưa kiểm soát được là 27,9% và 34,9%. Tỷ lệ béo bụng và WHR ở nhóm chưa kiểm soát được huyết áp cũng cao hơn nhóm đã kiểm soát được huyết áp. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hương Lan cũng cho thấy tỷ lệ thừa cân béo phì tăng dần theo mức huyết áp [10]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hương cũng cho thấy người bệnh chưa kiểm soát được huyết áp, có tỷ lệ thừa cân béo phì là 35,4%; béo bụng là 57,9%; WHR cao là 77,4%, cao hơn so với nhóm đã kiểm soát được huyết áp [11].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thừa cân, béo phì ở nhóm dân tộc Thái là 46,2%; ở nhóm dân tộc Mông 42,5% và ở nhóm dân tộc khác là 49,5%. Nghiên cứu của tác giả Trần Lan Anh tại huyện Văn Yên, tỉnh Yên Bái cho thấy tỷ lệ thừa cân béo phì là 44,8%, trong đó đa số là người dân tộc thiểu số [6]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Dũng người bệnh dân tộc thiểu số THA tại Sơn La cũng cho thấy tỷ lệ thừa cân béo phì là 56,7% [12]. Điều này có thể được giải thích là do tập quán sinh hoạt, vận động, ăn uống của người dân tộc có nhiều đặc điểm riêng khác với đối tượng người dân tộc Kinh. Người dân tộc thích ăn đồ nếp, đặc biệt là xôi gạo nếp, ăn nhiều đồ chiên nướng nhiều dầu mỡ, uống rượu bia những dịp lễ tết cả nam và nữ, đặc biệt một số vùng người dân tộc có thói quen ăn mặn. Do đó

tỷ lệ THA, thừa cân béo phì của người dân tộc cũng không thấp hơn so với người Kinh ở vùng đồng bằng.

Thận có chức năng tiết hormone erythropoietin có tác dụng tạo ra hồng cầu, người THA lâu ngày sẽ gây tổn thương thận, khi suy thận nặng, chất này do thận tiết ra bị thiếu hụt, làm cho người

bệnh bị thiếu máu mãn tính, bên cạnh đó là khẩu phần nghèo nàn, thiếu thực phẩm giàu sắt như thịt, trứng, cá, thủy sản, đậu đỗ,... [13]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ thiếu máu ở người bệnh THA là 22,1%; có sự khác biệt giữa nam và nữ với $p < 0,05$; không có sự khác biệt theo mức kiểm soát huyết áp và dân tộc.

V. KẾT LUẬN

Người bệnh cao tuổi tăng huyết áp thừa cân béo phì chiếm tỷ lệ cao. Do vậy cần đẩy mạnh việc sàng lọc và đánh giá

tình trạng dinh dưỡng cho người bệnh tăng huyết áp trong các đợt khám định kỳ để phát hiện các nguy cơ dinh dưỡng từ đó có kế hoạch can thiệp sớm và phù hợp.

Tài liệu tham khảo

1. Tổng cục thống kê (2021). *Tổng điều tra dân số và nhà ở - Già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam*.
2. Nguyễn Lâm Việt, Đỗ Doãn Lợi, Huỳnh Văn Minh, et al (2016). Kết quả mới nhất điều tra tăng huyết áp toàn quốc năm 2015 – 2016, Hội nghị Tăng huyết áp Việt Nam lần thứ II, Hà Nội, 2016.
3. Hội Tim mạch học Việt Nam (2022). *Khuyến cáo về Chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp 2022*.
4. Hà Thị Vân Anh, Nguyễn Trung Anh, Phạm Thắng, và cs. Thực trạng tăng huyết áp và nguy cơ ngã ở người cao tuổi điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2021;143(7), 142-151.
5. Bộ Y tế (2022). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh béo phì (Ban hành kèm theo Quyết định số 2892/QĐ-BYT ngày 22 tháng 10 năm 2022 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*.
6. Trần Lan Anh. *Thực trạng tăng huyết áp và hiệu quả của mô hình quản lý điều trị tại huyện Văn Yên, tỉnh Yên Bái*, Luận án tiến sĩ, chuyên ngành y tế công cộng Đại học Y Hà Nội. 2022.
7. Nguyễn Trọng Hiến, Nguyễn Việt Phương, Phan Kiều My, và cs. Kiến thức, thái độ về phòng ngừa biến chứng tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở người bệnh đến khám và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2023;5(60):72-79.
8. Phan Thanh Thủy và Trần Khánh Toàn. Thực trạng tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại tỉnh Quảng Bình. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;519(1):208-214.
9. Nguyễn Văn Tuấn và Hoàng Thị Cúc. Nghiên cứu rối loạn lipid máu ở người cao tuổi tăng huyết áp *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;508(1):169-174.
10. Nguyễn Thị Hương Lan, Nguyễn Thị Kim Anh, Trần Minh Anh, và cs. Tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần thực tế của người bệnh tăng huyết áp điều trị tại trung tâm y tế quận Thanh Khê, Thành phố Đà Nẵng năm 2021. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*. 2022;18(3+4):70-78.
11. Nguyễn Thị Hương. *Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa thành phố Sầm Sơn năm 2022*, Luận văn thạc sĩ dinh dưỡng, Đại học Y Dược Thái Bình. 2023.
12. Nguyễn Văn Dũng, Chu Vũ Sơn và Trần Việt Hòa. Khảo sát nhận thức, thái độ và xác định một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân người dân tộc thiểu số bị tăng huyết áp. *Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam*. 2021;35(4):12-18.
13. Cao R, Zhang J, Chen Z, et al. Hypertension and iron deficiency anemia: Exploring genetic associations and causal inference. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*. 2024; 34(12):2696-2704.